



WELL CHILD EXAM - INFANCY: 6 MONTHS
(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

МЛАДЕНЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ: 6 МЕСЯЦЕВ

ДАННЫЕ О РЕБЕНКЕ (ЗАПОЛНЯЮТСЯ РОДИТЕЛЕМ)	ИМЯ РЕБЕНКА		ДАТА РОЖДЕНИЯ
	АЛЛЕРГИИ		ПРИНИМАЕМЫЕ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ЛЕКАРСТВА
	ЗАБОЛЕВАНИЯ/НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ/ПРОБЛЕМЫ/БЕСПОКОЙСТВА СО ВРЕМЕНИ ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ		
	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок ест немного твердой пищи. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок произносит такие сочетания звуков, как «да-да» или «ба-ба». <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок может сидеть, если я его поддерживаю. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Я обеспокоен(а) тем, что у меня слишком часто бывают периоды грусти.	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок может подбирать предметы. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок кажется довольным. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок меня узнает.	

WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	HEAD CIR. PERCENTILE
---------------------------	--------------------------	----------------------

Review of systems Review of family history

Screening:

	N	A	
Hearing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Development	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Behavior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Social/Emotional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gross Motor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fine Motor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Physical:

	N	A		N	A
General appearance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Head/Fontanelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiovascular/Pulses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eyes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ears	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oropharynx	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurological	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nodes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Describe abnormal findings:

Diet _____

Elimination _____

Sleep _____

Hct/Hgb Review Immunization Record

Fluoride Supplements Fluoride Varnish

Health Education/Anticipatory Guidance: (Check all completed)

Family Planning Safety Infant Temperament

Development Crib Safety Shaken Baby Syndrome

No Bottle in Bed Feeding Fever

Teething Bedtime ritual Language Stimulation

Stranger Anxiety Appropriate Car Seat Child care

Passive Smoke

Other: _____

Assessment: _____

NEXT VISIT: 9 MONTHS OF AGE	IMMUNIZATIONS GIVEN
HEALTH PROVIDER SIGNATURE	REFERRALS
	HEALTH PROVIDER NAME
	HEALTH PROVIDER ADDRESS

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Infancy (6 months)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

Fluoride Screen

Check with local health department for fluoride concentration in local water supply, then use clinical judgment in screening. Look for white spots or decay on teeth. Check for history of decay in family.

Hearing Screen

Use clinical judgment.

Lead Screen

Screen infants for these risk factors:

- Live in or frequently visit day care center, preschool, baby sitter's home or other structure built before 1950 that is dilapidated or being renovated.
- Come in contact with other children with known lead toxicity (i.e., blood lead 15ug/dl).
- Live near a lead processing plant or with parents or household members who work in a lead-related occupation (e.g., battery recycling plant).

Polio Virus Vaccine

Give a dose of inactivated polio virus (IPV) vaccine:

- at 2 months.
- at 4 months.
- at 6-18 months.

Developmental Milestones

Always ask parents if they have concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or use the Ages and Stages Questionnaire, the Denver II, the ELMS2 (a language screen), or the MacArthur Communications Development Inventory.

Yes	No		Yes	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>No head lag when pulled to sit.</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Turns toward voice.</u>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Bears some weight on legs when held.</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transfer object from hand to hand.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Rolls over.</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Cuddles.</u>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Imitates speech sounds.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Avoids eye contact.</u>

Instructions for developmental milestones: At least 90% of infants should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on *even one* of the underlined items, or if you checked the boxed item, refer the infant for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies with questions or concerns on childhood development.**



ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР РЕБЕНКА – МЛАДЕНЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ: 6 МЕСЯЦЕВ

WELL CHILD EXAM - INFANCY: 6 MONTHS

ДАТА

(Соответствует нормам EPSDT)

МЛАДЕНЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ: 6 МЕСЯЦЕВ

ДАННЫЕ О РЕБЕНКЕ (ЗАПОЛНЯЮТСЯ РОДИТЕЛЕМ)	ИМЯ РЕБЕНКА _____		ДАТА РОЖДЕНИЯ _____
	АЛЛЕРГИИ _____		ПРИНИМАЕМЫЕ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ЛЕКАРСТВА _____
	ЗАБОЛЕВАНИЯ/НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ/ПРОБЛЕМЫ/БЕСПОКОЙСТВА СО ВРЕМЕНИ ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ _____		
	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок ест немного твердой пищи.	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок может подбирать предметы.	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок произносит такие сочетания звуков, как «да-да» или «ба-ба».	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок кажется довольным.		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок может сидеть, если я его поддерживаю.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок меня узнает.		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Я обеспокоен(а) тем, что у меня слишком часто бывают периоды грусти.			

ВЕС, КГ/УНЦИЙ (ПРОЦЕНТИЛЬ) _____	РОСТ, СМ/ДУЙМОВ (ПРОЦЕНТИЛЬ) _____	ОКРУЖНОСТЬ ГОЛОВЫ (ПРОЦЕНТИЛЬ) _____
----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------

<input type="checkbox"/> Проверка систем организма <input type="checkbox"/> Проверка семейного анамнеза		Питание _____ Выделения _____ Сон _____	
Обследования:		<input type="checkbox"/> Гематокрит/гемоглобин <input type="checkbox"/> Проверка карты прививок <input type="checkbox"/> Фтористые добавки <input type="checkbox"/> Фтор-лак	
Нет Есть	Нет Есть	Санитарное просвещение/заблаговременные указания: (отметьте пройденные темы)	
Слух <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ Зрение <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ Развитие <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ Поведение <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ Социальное/эмоциональное развитие <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ Грубая моторика <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ Тонкая моторика <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____	Нет Есть	<input type="checkbox"/> Планирование семьи <input type="checkbox"/> Безопасность <input type="checkbox"/> Характер ребенка <input type="checkbox"/> Развитие <input type="checkbox"/> Безопасность <input type="checkbox"/> Синдром сотрясения детских кроваток <input type="checkbox"/> Жар <input type="checkbox"/> Никаких бутылочек в кровати <input type="checkbox"/> Кормление <input type="checkbox"/> Жар <input type="checkbox"/> Прорезывание зубов <input type="checkbox"/> Перед сном <input type="checkbox"/> Стимулирование развития речи	
Нарушения:	Нет Есть	Нет Есть	<input type="checkbox"/> Беспокойство при виде незнакомых людей <input type="checkbox"/> Подходящее детское автомобильное сиденье <input type="checkbox"/> Уход за детьми <input type="checkbox"/> Пассивное курение <input type="checkbox"/> Другое: _____
Общий внешний вид <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Грудная клетка <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Кожа <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Легкие <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Голова/родничок <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Сердечно-сосудистая система/пульс <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Глаза <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Живот <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Уши <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Половые органы <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Нос <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Позвоночник <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ротовая полость <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Конечности <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Шея <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Неврологическое состояние <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Лимфатические узлы _____ Психическое здоровье <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____		Оценка: _____ _____ _____ _____	
Опишите выявленные нарушения: _____ _____ _____		СДЕЛАННЫЕ ПРИВИВКИ _____ НАПРАВЛЕНИЯ _____	

СЛЕДУЮЩЕЕ ПОСЕЩЕНИЕ: В ВОЗРАСТЕ 9 МЕСЯЦЕВ	ИМЯ ВРАЧА ИЛИ НАЗВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ _____
ПОДПИСЬ ВРАЧА _____	АДРЕС ВРАЧА ИЛИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ _____

МЛАДЕНЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ: 6 МЕСЯЦЕВ

Здоровье вашего малыша в возрасте 6 месяцев

Важнейшие моменты

Как развивается ваш малыш в возрасте от 6 до 9 месяцев

Произносит звуки, такие как «ба-ба-ба» или «да-да».

Держит маленькие предметы в кулаке, затем между пальцами.

Берет предметы в рот, сам может есть небольшие кусочки мягкой пищи.

Хорошо сидит.

Стоит, если его поддерживают.

Передвигается по полу, лежа на животике, начинает ползать.

Может начать пугаться при виде незнакомых людей.

Играя с ребенком, вы учите его новым вещам.

Помощь или подробная информация

Безопасность игрушек и товаров для детей: Комиссия по безопасности потребительских товаров (Consumer Product Safety Commission) – 1-800-638-2772 или 1-800-638-8270 (TTY).

Изучите приемы сердечно-легочной реанимации и приемы оказания первой помощи детям и младенцам: спросите о занятиях на местной пожарной станции, в местном отделении Американского общества Красного Креста (American Red Cross) или Американской ассоциации по сердечно-легочным заболеваниям (American Heart Association) либо в департаменте здравоохранения.

Здоровье и развитие детей, прививки:

Информационно-справочная линия программы «Здоровые мамы – здоровые дети» (Healthy Mothers, Healthy Babies) – 1-800-322-2588 или 1-800-833-6388 (TTY).

Советы по сохранению здоровья

Вашему ребенку нужно сделать все прививки с использованием нескольких доз большей части вакцин. Если ваш ребенок пропустил какие-либо дозы прививок, запишитесь на прием, чтобы они были сделаны.

Показывайте ребенку книжки с красочными картинками и рассказывайте о картинках. Снова и снова пойте простые песенки и рассказывайте детские стишки.

Признаки, указывающие на то, что ваш ребенок готов начать есть твердую пищу:

- Он сидит (почти) без посторонней помощи.
- Он дает понять, что хочет попробовать пищу, которую едите вы;
- Он может начать проталкивать пищу языком.

Ребенок даст вам знать о том, что он сыт. Остановите кормление, если он начинает выплевывать пищу, закрывает рот или отворачивает голову. Позвольте ему самостоятельно решать, сколько есть.

Дайте ребенку возможность начать учиться пить из чашки. Наливайте в чашку воду, грудное молоко или детскую молочную смесь. Не давайте ребенку бутылочку, когда он в кроватке.

Советы по воспитанию детей

Давайте ребенку достаточно времени, чтобы он мог играть, лежа на полу на животике. Кладите игрушки почти рядом, чтобы он пытался ползти.

Начните играть с ним в простые игры, такие как прятки или ладушки.

Советы, касающиеся безопасности

Сделайте так, чтобы ваш дом был безопасным местом для ребенка, прежде чем он начнет ползать. Вам нужно будет следить за этим еще в течение нескольких лет.

- Убирайте подальше маленькие предметы и бьющиеся вещи
- Приклейте электрические шнуры к стенам липкой лентой, установите крышки на розетки.
- В верхней и нижней части лестниц установите специальные ворота, которые обеспечат безопасность ребенка.
- Храните ядовитые вещества и таблетки в запертом шкафчике.

Детские ходунки могут стать причиной большего числа травм, нежели любое другое изделие для детей. Вместо ходунков используйте сиденье без колес или кладите ребенка на пол на животик.